

渋谷区 病後児保育 医師連絡票

年 月 日

病後児保育の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

(保護者記入欄)

ふりがな 児童氏名	性 別 男・女	生年月日 年 月 日 (年 齢) 歳 ヶ月
保護者氏名	住 所	区 TEL

(医療機関記入欄)

<p style="text-align: center;">< 病 名 ></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 上気道炎(咽頭炎、扁桃炎含む)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 百日咳</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> インフルエンザ A型</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 気管支炎</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> インフルエンザ B型</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 肺炎</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 風疹(3日はしか)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 喘息</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> パラインフルエンザ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 喘息用気管支炎</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 溶連菌感染症</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 手足口病</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 突発性発疹</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 中耳炎</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 骨折・捻挫</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 外耳炎</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> RSウイルス</td> <td style="border: none;">(部位)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> マイコプラズマ</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> アデノウイルス</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 上気道炎(咽頭炎、扁桃炎含む)	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ A型	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ B型	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 風疹(3日はしか)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> パラインフルエンザ	<input type="checkbox"/> 喘息用気管支炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ)	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)	<input type="checkbox"/> 骨折・捻挫	<input type="checkbox"/> 外耳炎	<input type="checkbox"/> RSウイルス	(部位)	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ			<input type="checkbox"/> アデノウイルス		<p style="text-align: center;">< 主な症状 ></p> <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 上気道炎(咽頭炎、扁桃炎含む)	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ A型																																			
<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ B型																																			
<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 風疹(3日はしか)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ 型不明																																			
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> パラインフルエンザ																																			
<input type="checkbox"/> 喘息用気管支炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ)																																			
<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス																																			
<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 突発性発疹																																			
<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)	<input type="checkbox"/> 骨折・捻挫																																			
<input type="checkbox"/> 外耳炎	<input type="checkbox"/> RSウイルス	(部位)																																			
<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス	<input type="checkbox"/> その他																																			
<input type="checkbox"/> 周期性嘔吐症	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ																																				
	<input type="checkbox"/> アデノウイルス																																				
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																				
安静度	1, 他児との接触を避けて保育可能 2, 病後児室で少人数保育可能																																				
利用見込み期間	受診した本日より()日間程度 *原則最長5日間																																				
配慮を要する事項																																					
食 事	<input type="checkbox"/> 乳児食 <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去食品)																																				
処方内容	薬の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																			
	与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他																																			
(有・無)	薬品名	用量	用法																																		

診断の結果、集団保育は困難と認めます。

医療機関名
電話番号
診断医師名